附件1

河南省工伤保险协议服务机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | | |
| 法人代表 |  | | | | 机构类别 |  | | |
| 所有制形式 |  | | | | 注册资金 |  | | |
| 医院级别 |  | | | | 营业面积 |  | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | |
| 申请工伤医疗服务□ | | | 申请工伤门诊康复 服务□ | | 申请工伤住院康复 服务□ | | 申请辅助器具配置服务□ | |
| 联系人 |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 工伤医疗管理部门 | |  | | | | | | |
| 卫生技术人员构成 |  | 总人数 | | 高级职称 | | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医生 |  | |  | |  | |  |
| 护士 |  | |  | |  | |  |
| 医技人员 |  | |  | |  | |  |
| 其他人员 |  | |  | |  | |  |
| 合计 |  | |  | |  | |  |
| 上年业务和收支 | 年门诊人次 | |  | | 次均门诊  医疗费 |  | | |
| 年住院人次 | |  | | 平均住院日 | |  | |
| 人均住院费 | |  | | 人均日住院费 | |  | |
| 年业务收入 | |  | | 年业务支出 | |  | |
| 药品数量 |  | 总数 | | | 《药品目录》内的数量 | | | |
| 西药 |  | | |  | | | |
| 中成药 |  | | |  | | | |
| 中药饮片 |  | | |  | | | |
| 合计 |  | | |  | | | |
| 科室设置及病床数 | 科室 | | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | | 床位数 |
|  | |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  |
| 大型医疗仪器设备清单 | 科室 | | 设备名称 | 适应症 | 单项次收费 | | 备注 | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
| 注：大型医疗仪器设备是指单项次收费在200元以上的设备。 | | | | | | | | |
| 申请工伤协议服务情况说明 | 申请说明（基本情况，医疗机构特色） | | | | | | | |
| （申请单位盖章） 法人代表签字：  年 月 日 | | | | | | | |
|
|
|
| 填写说明：1.本表要求字迹工整，内容真实； 2.“医院级别”一栏由医院填写； 3.“工伤管理部门”一栏是指协议医疗机构负责工伤保险服务管理的部门； 4.“申请说明”一栏由申请机构填写详细说明。 | | | | | | | | |
|